

SIATS Journals

Journal of Human Development and Education for specialized Research

(JHDESR)

Journal home page: http://www.siats.co.uk



مجلة التنمية البشرية والتعليم للأبحاث التخصصية

العدد 2، المجلد 5 ، أبريل 2019م.

e–ISSN 2462–1730

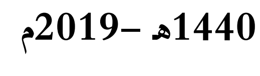
مستويات السلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري.

Levels of health behavior in patients with diabetes

نادية بوشلالق **د.شهرزاد نوار**

bchnadia2000@yahoo.fr **chahra.nouar@yahoo.fr**

جامعة قاصدى مرباح– ورقلة– الجزائر





ARTICLE INFO
Article history:
Received 20/01/2019
Received in revised form 25/01/2019
Accepted 21/3/2019
Available online 15/4/2019
Keywords: Health Behavior; Diabetic; Diabetes;

Abstract

Objectives: The current study aims to identify the levels of health behavior in diabetics. As well as to identify the differences in diabetes patients in accordance to variables as sex, the duration of the disease and educational level.

METHOD: To achieve the objectives of the study, a target sample of 120 individuals with diabetes were selected and residing in Ouargla (Algeria). Gender, social status, educational level and duration of illness were considered. The study used descriptive method. The Health Behavior Scale was designed to test the hypotheses of the study.

Results: The study found an average level of health behavior in diabetics. It also found differences in health behavior according to sex, while differences were not statistically significant for disease duration and educational level.
Keywords: Health Behavior; Diabetic; Diabetes;

ملخص الدراسة

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية الي التعرّف على مستويات السلوك الصحي لدى مرضي السكر. و كذلك التعرف علي الفروق لدي مرضي السكري حسب متغير الجنس و مدة المرض و المستوي التعليمي.

الطريقة: لتحقيق أهداف الدراسة تم اختيار عينة قصدية تتكون من 120 فردا مصابا بمرض السكري مقيمين بمدينة ورقلة(الجزائر). تم الأخذ بعين الاعتبار الاختلافات لدى أفراد العينة من حيث الجنس، المستوى التعليمي ومدة المرض. وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي الاستكشافي. وتم تصميم مقياس السلوك الصحي لاختبار فرضيات الدراسة.

النتائج: توصلت الدراسة الى وجود مستوى متوسط من السلوك الصحي لدى مرضي السكري. كما توصلت الى وجود فروق في السلوك الصحي حسب الجنس، بينما الفروق لم تكن دالة احصائيا فيما يخص مدة المرض و المستوي التعليمي.

الكلمات المفتاحية :- السلوك الصحي- السكري- مرض السكري.

مقدمة وإشكالية الدراسة :

ارتكز اهتمام الأطباء لعقود طويلة على العوامل البيولوجية المسببة للمرض في عملية التشخيص، إذ ظلت هذه العوامل هي المفسرة للصحة والمرض لوقت طويل، وهذا ما يعرف بالنموذج أحادي المنحى. لكن وبعد أن اتضح وجود عوامل أخرى نفسية واجتماعية قد تزيد من حدة المرض وطول فترة العلاج أو تخفف من أعراض المرض المؤلمة، أصبح الأطباء يعتبرون التغيرات النفسية والاجتماعية تضيف تحديا جديدا يواجه المريض (**gec**,**how et kimel**,**2005**)

ومن هنا أخذت الحدود التي كانت العلوم الطبية تضعها حتى وقت قريب بين الأمراض الجسدية والنفسية تضمحل بسبب تزايد البحوث التي انطلقت من أن العقل والجسد لابد أن يكونا مترابطين بشكل ما. كما أن ظهور النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، أحدث وثبة كبيرة في مسار هذه الدراسات ووسع مجالات البحث استنادا إلى فكرة الوحدة العلمية للإنسان في الصحة والمرض، وأن أي اختلال في جانب منها، يؤدي إلى اختلال الجوانب الأخرى تبعا لذلك، وأصبحت العلاجات الطبية تعامل الجسد والعقل كوحدة واحدة. (**دليلة زناد،2008**: **54عن Olmans et Enry**,**2004**).

لقد قاد النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي إلى فهم أكثر عمقا لجميع ما يتعرض له الإنسان من أمراض واضطرابات جسمية أو نفسية، ووسع من مجالات تشخيصها وعلاجها،كما أنه لفت الانتباه للتعقيد الإنساني والتباين بين الأفراد والجماعات والتركيز على أهمية الأحداث العقلية؛ كما أدى الي تنظيم القيم الشخصية .هذا التناول الحديث الذي يعرف بعلم النفس الصحة يجمع في تفسيره للصحة والمرض بين العوامل البيولوجية- النفسية والاجتماعية.

وقد ركز هذا النموذج على الأمراض العضوية لاسيما الخطيرة والمزمنة كالسرطانات، وأمراض القلب، والكلى، والسكري، والتهاب المفاصل التي أظهرت الدراسات المختلفة أنها سببا في 70٪ من حالات الوفيات في الدول المتقدمة؛كما أنها تثقل كاهل الحكومات في جميع الدول التي تنشر فيها (**james et markes**,**2002**). لذلك وتوصلت دراسات عديدة، من بينها دراسات (humldeetal2006)، (2003 chishlim)، (Pawer et al,2001)، (Koch et Molner, 1974)، إلى أن للأمراض الخطيرة والمزمنة انعكاسات سيكولوجية واجتماعية خطيرة تتطلب العناية والاهتمام. كما أنها تشكل المعانات الأساسية للمريض، فهذه الحالة تستوجب ضرورة الاهتمام بالمضاعفات السيكولوجية والاجتماعية للمرض المصاحب له. وتوصلت الدراسات كذلك إلى أن المرض المزمن يشكل ضغطا نفسيا شديدا على المريض يجعله مشوشا (**حكيمة آيت حمودة، 2005**: **12**)

ومن بين الأمراض المزمنة التي تحاول الدراسة الحالية التطرق لها مرض السكري الذي توضح مختلف الأبحاث ارتفاع عدد المصابين به كل سنة. فقد أوضحت إحصائيات الاتحاد العالمي لجمعيات مرضى السكري إصابة 286 مليون شخص بالمرض في جميع أنحاء العالم من الأشخاص البالغين بين 20 و60 سنة ، أي ما يقارب 7 ٪ من سكان العالم، كما أصبح يشكل 11.6 ٪ من إجمالي نفقات الرعاية الصحية العالمية، وأضاف الإحصاء العالمي عن تجاوز الرقم 440 مليون شخص مصاب عام 2030.

ويعتبر مرض السكري من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا في الجزائر حيث أصبح يقارب 3,5 مليون مريض مصاب سنة 2011 أي ما يعادل 10 ٪ من العدد الإجمالي لسكان الجزائر ، ويحتل المرتبة الثانية من حيث عدد الإصابات بعد ارتفاع ضغط الدم الشرياني. كما بينت وزارة الصحة والمعهد الوطني للصحة العمومية إلى أن المرض في تزايد مستمر من حيث النسبة أو التكاليف . فالجزائر، علي سبيل المثال، ستصنف حسب دراسات المنظمة العالمية للصحة وترقباتها لعام 2025 ضمن الدول التي سوف يطؤها خطر كبير جراء مرض السكري (**وزارة الصحة،2011: 03**) وتبقى النسبة الحقيقية للمصابين بالسكري في الجزائر مجهولة وغامضة لحد الآن بسبب عدم وجود إحصائيات دقيقة وشاملة عن المرض لكل سكان الجزائر.

وان كان مرض السكري يثقل كاهل الرعاية الصحية وله دلائل خاصة على الأفراد الذين يعانون منه، فان شخصية الفرد وخصائصها يعتبر من العوامل الأساسية المساهمة في الإصابة بالمرض، وبالإضافة إلى عدم إتباع نمط سلوك صحي مناسب للتخفيف من المعانات.

يعبر السلوك الصحي عن كل نشاط يقوم به الفرد لتنمية صحته كالغذاء الصحي والنشاط الرياضي والامتثال للتعليمات الطبية ومتابعة العلاج والابتعاد عن عوامل الخطر والسلوك الممرض (**taylor,2003**). فأنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض، ومنع حدوثها كالسرطان، وأمراض فقر الدم ،و الأمراض المعدية، ومرض السكري ..... وهذا يشتمل على أنماط السلوك التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة وتنميتها وإعادة الصحة الجسدية (**سامر رضوان، 2008: 09**).

فرض داء السكري علي المريض احترام إدارة بيانات يومية محددة، و ذلك بغرض الاستمرارية و التعايش مع المرض. و قد دلت بعض الدراسات انه غالبًا ما يرتبط هذا التعايش مع السكري بالتحديات النفسية والاجتماعية.(Stuckey, 2014: 2466-74 ; Nicolucci , 2013: 767-77) وتتضمن المراقبة الخارجية مراقبة السكر اليومي ، وتناول الدواء ، وتعديل نمط

الحياة ، والوقاية من مضاعفات طويلة الأمد للشيخوخة ، والتعامل مع التحديات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالعيش مع حالة مزمنة ، والتواصل بشكل مستمر للاستفادة من خدمات الدعم لمرض السكري التي تقدمها المراكز المتخصصة.

كما انه من المرجح أن تؤدي المعتقدات التي يحملها مرضى السكري تجاه صحتهم الحالية والمستقبلية ، ومستوى معرفتهم بالمرض، إلى تعديل مدى مشاركتهم في الإدارة الذاتية للمرض.(Rosenstock, 1974 : 328-35) ، و من ثم تحديد التفاعل بين المعتقدات الصحية التي يحملها المريض والإدارة الذاتية للمرض و نتائج الحالة الصحية . و هذا ما بعرف بنموذج المعتقد الصحي الذي طوره الباحثون الأمريكيون في الخمسينات من القرن الثالث. ويوفر هذا النموذج إطارًا مفاهيميًا لفهم الفوارق في سبب مشاركة المرضى أو عدم مشاركتهم في الإدارة الذاتية للمرض.

و انطلاقا من هذا تحاول الدراسة الحالية التعرّف على مستويات السلوك الصحي لدى عينة من المرضى المصابين بمرض السكري، وذلك من خلال طرح التساؤلات التالية:

1-تساؤلات الدراسة:

1-1. ما مستوى السلوك الصحي لدى مرضى السكري؟

1-2. هل توجد فروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب الجنس ؟

1-3.هل توجد فروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب مدة المرض؟

1-4. هل توجد فروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب الوضعية الاجتماعية؟

2-فرضيات الدراسة :

1- نتوقع وجود مستوى منخفض من السلوك الصحي لدى مرضى السكري.

2- توجد فروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب الجنس.

3-توجد فروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب مدة المرض.

4- توجد فروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب المستوي التعليمي.

3- أهداف الدراسة : تقوم الدراسة الحالية على مجموعة من الأهداف المتمثلة في :

* الكشف عن مستوى السلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري.

* فحص الفروق في السلوك الصحي حسب الجنس، مدة المرض و المسنوي التعليمي.

4- أهمية الدراسة : تتلخص أهمية البحث في النقاط التالية:

- تتناول الدراسة الحالية مرضا مزمنا متزايد الانتشار في المجتمع الجزائري يهدد مختلف الفئات العمرية ويشكل عبئا صحيا واجتماعيا واقتصاديا من خلال تعقد المضاعفات التي يطرحها على المستوى الجسدي، والتداعيات التي يفرزها على المستويين النفسي والاجتماعي. وتحاول الدراسة أيضا أن تسلط الضوء على السلوك الصحي المتبع من طرف مرضى السكري لإبراز خصوصيته ومدى تأثره بعوامل الشخصية وسماتها

- كما تكمن أهمية الدراسة التطبيقية أيضا في محاولتها لاقتراح أداة مناسبة لقياس السلوك الصحي لدى مرضى السكري يمكن الاستفادة منها في مجال العمل الاكلنيكي.

5- حدود الدراسة :

5-1. الحدود البشرية: أجريت الدراسة على عينة متكونة من 120 مصابا بمرض السكري من البالغين يتراوح سنهم بين 20 و55 سنة، ويختلفون حسب الجنس ومدة المرض والوضعية الاجتماعية.

5-2. الحدود المكانية :أجريت الدراسة بمدينة ورقلة، بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف (مصلحة الطب الداخلي و وحدة بيت السكري) .

5-3. الحدود الزمنية : أجريت الدراسة من الفترة الممتدة بين شهري جانفي ومارس من الموسم الجامعي 2015/2014.

6- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة :

1-6. السلوك الصحي: يعرف تايلور(**Taylor,2003**) السلوك الصحي بأنه السلوك الذي يقوم به الأفراد للحفاظ على صحتهم وتنميتها، كما يعرف فيربر (**Ferber, 1979**) السلوك الصحي على أنه مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية (**Ferber, 1979,10**).

والسلوك الصحي في الدراسة الحالية هو الالتزام الذي يفترض أن يتبعه مريض السكري لتجنب مضاعفات المرض كالالتزام بالعلاج وإتباع التعليمات الطبية وإجراءات السلوك الوقائي.

ويعرف السلوك الصحي إجرائيا بأنه الدرجة التي يتحصل عليها الفرد في مقياس السلوك الصحي المعد من طرف الباحثة لهذا الغرض.

2-6. مرض السكري : ورد في الدليل التشخيصي أن مرض السكري هو احد الاضطرابات الجسمية الحقيقية التي تساهم العوامل السيكولوجية بدور هام في بداية الإصابة بها أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد **(DSM III- R, 1987 : 12)**

3-6 **المستوي التعليمي** : الأمي، مستوي ابتدائي، مستوي المتوسط، المستوي الثانوي، و الجامعي

4-6 **مدة المرض** من 5-10 فما فوق

7- الجانب التطبيقي للدراسة :

1-7. المنهج المتبع في الدراسة : اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الاستكشافي.

2-7.عينة الدراسة: اعتمدت الباحثة في اختيار أفراد العينة على طريقة العينة القصدية، وتكونت عينة الدراسة النهائية من 120 مريضا مصابا بالسكري منهم 51 ذكرا و 69 أنثى يتراوح سنهم بين 20 و55 سنة.

3-7. أداة الدراسة وخصائصها السيكوميترية :

1-3-7. مقياس السلوك الصحي :

تم إعداد مقياس السلوك الصحي بهدف التعرف على السلوكات الصحية المتبعة من طرف مريض السكري والمتعلقة بالالتزام بالمواعيد الطبية،الالتزام بالحمية الغذائية،الالتزام بممارسة الرياضة وجمع معلومات حول المرض. وتتمثل المبررات وراء إعداد هذا المقياس في عدم وجود مقياس- على حد علم الباحثة وبحثها- معد ومقنن موجه لقياس السلوك الصحي لدى مرضى السكري، فمعظم المقاييس المتاحة تهتم بقياس السلوكات الصحية بشكل عام أو نوعية الحياة أو تهتم بقياس عينات مرضية أخرى (كمرضى السرطان) ، فالمقاييس المتاحة في البيئة العربية هي بمثابة مقاييس أعدت في مجتمعات أجنبية وتم ترجمتها إلى العربية كمقياس (steptoe 1991 ، مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية،.....). وقد اتبع المقياس في إعداده الخطوات التالية :

* **أولا**: الإطلاع على الأطر النظرية التي تناولت مفهوم السلوك الصحي، والملاحظ أنها انقسمت إلى ثلاث مناحي رئيسية : حيث تعامل **المنحى الأول** مع السلوك الصحي على أنه كيفية التخطيط للصحة الجيدة والعادات الصحية التي يمارسها الفرد من خلال تحديد مجموعة من المتغيرات أو العوامل التي يفترض أنها تتحكم في نشأة أو ممارسة مظاهر السلوك الصحي أو تضبطه . وتعامل **المنحى الثاني** مع السلوك الصحي على أنه التمثل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات بالقيام بإجراءات ملائمة. بينما تبنت الدراسة الحالية في إعدادها للمقياس **المنحى الثالث** والذي ينظر للسلوك الصحي على أنه سلوك وقائي يحاول التنبؤ بتصرفات الفرد في المواقف الصحية المختلفة.

وبناء على هذا التصور النظري لمفهوم السلوك الصحي تمت مراجعة بعض المقاييس لغرض الإطلاع عليها والاستفادة منها في تصميم المقياس، ومن هذه المقاييس مقياس السلوك الصحي والاتجاهات نحو السلوك الصحي لستابتو (Staptoe 1991) قام بتعريبه وتقنينه في البيئة العربية سامر جميل رضوان (1997) ، مقياس نوعية الحياة المعد والمقنن من طرف منظمة الصحة العالمية، ومقياس السلوك الصحي لوليامس وجرو (Williams et Grow,1996) الذي يتكون من 50 فقرة لمعالجة مرض السكري.

تكونت الأداة في صورتها الأولية من 51 فقرة تم عرضها على أستاذين متخصصين في القياس النفسي من جامعتي الأردن وفلسطين على التوالي لإبداء رأيهما في المقياس ككل. فقد ذكر الأستاذان أن المقياس مقبول عموما في صورته

الأولية. كما لاحظ المحكمان ضرورة حذف بعض البنود التي ليس لها علاقة بقياس السلوك الصحي وعددها سبعة (07) بنود، ليتم تقليص عدد الفقرات إلى 45 فقرة.

*الخصائص السيكوميترية لمقياس السلوك الصحي : للتأكد من الخصائص السيكوميترية لمقياس السلوك الصحي تم تطبيقه على عينة استطلاعية متكونة من 30 فردا لها نفس خصائص العينة الأساسية، وقد تم حساب ثبات وصدق المقياس بالطرق التالية :

أولا : حساب ثبات المقياس :

1–حساب ثبات مقياس السلوك الصحي عن طريق ألفا كرونباخ :

تم بحساب ثبات مقياس السلوك الصحي بطريقة ألفا كرونباخ ، والجدول رقم (05) يوضح النتيجة المتحصل عليها

جدول رقم (01) يوضح معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس السلوك الصحي (ن=30)

	معامل الثبات ألفا كرونبا	درجة الدلالة
مقياس السلوك الصحي	0.89	دال عند 0.01

يتضح من الجدول السابق أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول

2– حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية : كما تم بحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية ، وذلك عن طريق حساب قيمة معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية والزوجية بعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان– براون ، ويوضح الجدول التالي النتيجة المتوصل إليها

جدول رقم (02) يوضح قيم معاملات ثبات التجزئة النصفية (ن=30)

المؤشرات الإحصائية	**ر المحسوبة**		**ر المجدولة**	**درجة الحرية ن–2**	**مستوى الدلالة**
المتميزات	قبل التعديل	بعد التعديل			

البنود الفردية و الزوجية	0.78	0.92	0.30	28	0.01

يلاحظ من خلال الجدول رقم (02) أن قيمة (ر) بعد التعديل قدرت بـ 0.92 وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بثبات عال .

ثانيا : حساب صدق مقياس السلوك الصحي : تم حساب صدق مقياس السلوك الصحي بطريقتين هما :

1–حساب صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي: تم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس على نفس العينة السابقة، وقد وصلت الدرجة الكلية للاتساق الداخلي بين الفقرات إلى **0,88** مما يدل على أن البنود تتمتع بدرجة جيدة من التماسك والاتساق .

2–صدق المحكمين : عُرضت استمارة التحكيم على سبعة (07) خبراء، ثلاثة (03) منهم بدرجة أستاذ التعليم العالي وأربعة (04) بدرجة أستاذ محاضر وذلك قصد: اقتراح أي تعديل في صياغة البنود، استبعاد البنود التي لا تعد من السلوكات الصحية لدى مرضى السكري وإبداء آرائهم حول وضوح التعليمة، وملائمة البدائل وكفايتها، وسلامة الفقرات، وتحديد مستوى انتمائها للمقياس ككل. وبناء على ذلك تم تفريغ استمارة التحكيم حسب تحديد الخبراء لنسبة الملائمة بـ (00 %، 25 %، 50% 75%، 100%)، واعتمادا على هذه الخطوة تم حذف 13 فقرة حصلت على نسبة تقل على ال 75% لنحصل في نهاية التحكيم على 32 فقرة حصلت على نسبة تحكيم في صلاحيتها من 75% فما أكثر .

2– حساب صدق المقياس عن طريق الصدق الذاتي: بما أن ثبات الاستبيان وصل إلى 0.89 فان الصدق الذاتي يساوي 0.94. إذن يتبين من معاملات الثبات والصدق التي تم استخراجها لمقياس السلوك الصحي أن هذه المعاملات كانت مرتفعة ودالة إحصائيا، وهذا ما يجعله صالحا للاستخدام في دراسة البحث الأساسية بكل ثقة واطمئنان.

7–4. عرض نتائج الدراسة :

7–4–1. عرض نتائج الفرضية الأولى: تنص الفرضية الأولى على انه نتوقع انخفاض مستوى السلوك الصحي لدى مرضى السكري، ويوضح الجدول التالي النتائج المتوصل إليها:

جدول رقم (04) يوضح مستويات السلوك الصحي

مستويات السلوك الصحي	التكرار	النسبة المئوية
مرتفع	**48**	**40٪**
متوسط	**61**	**50.83٪**
منخفض	**11**	**9.16٪**
المجموع	**120**	**100٪**

يلاحظ من خلال الجدول السابق أن **50.83** ٪ من افراد العينة من مرضى السكري حصلوا على مستوى متوسط من السلوك الصحي .

7-4-2. عرض نتائج الفرضية الثانية: تنص الفرضية الثانية على وجود فروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب الجنس، ويوضح الجدول التالي النتائج المتوصل إليها

جدول رقم (05) يوضح الفروق في متغيرات الدراسة بين الذكور والإناث

متغيرات الدراسة	الجنس	ن	م	ع	دح	قيمة ف
السلوك الصحي	ذكور	51	75.85	20.07	202	2.878
	إناث	69	79.20	17.26	133	

يتبين من خلال الجدول أن قيمة " ف" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية فقد بلغت (202،123) = 2.878 وهي قيمة دالة على وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في استجاباتهم على مقياس السلوك الصحي وذلك لصالح الإناث، مما يدل على تحقق الفرضية الثانية للدراسة.

7-4-3. عرض نتائج الفرضية الثالثة: تنص الفرضية الثالثة على وجود فروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب مدة المرض، ويوضح الجدول التالي النتائج المتوصل إليها:

جدول رقم (06) يوضح الفروق في السلوك الصحي حسب مدة المرض ن= (120)

متغيرات الدراسة	مدة المرض	ن	م	ع	دح	قيمة ف
السلوك الصحي	اقل من 5 سنوات	42	78.98	18.89	3	0.320
	من 5 إلى 10 سنوات	48	76.75	18.60	11200	
	أكثر من 10 سنوات	30	78.66	17.07	203	

يوضح الجدول السابق في استجابة أفراد العينة على استبيان السلوك الصحي قد بلغت (3، 203) = 0.320 وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ($p<0.01$) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين مجموعات مدة المرض ، وبذلك ترفض فرضية الثالثة .

7-4.4. عرض نتائج الفرضية الرابعة: تنص الفرضية الرابعة على وجود فروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب الوضعية الاجتماعية ، ويوضح الجدول التالي النتائج المتوصل إليها:

جدول رقم (07) يوضح الفروق في السلوك الصحي حسب المستوى التعليمي ن= (120)

السلوك الصحي	**أمي**	**47**	**79.02**	**17.79**	**4**	**2.141**
	ابتدائي	**39**	**80.28**	**17.58**	**199**	
	متوسط	**36**	**78.08**	**16.45**	**203**	
	ثانوي	**51**	**72.25**	**21.18**		
	جامعي	**31**	**83.29**	**15.17**		

يتضح من خلال الجدول السابق ان قيمة " ف" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية الموضحة من خلال الجدول رقم (07) في استجابة أفراد العينة على استبيان السلوك الصحي فقد بلغت (3 ،203) = 2.141 وعند

مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ($p<0.01$) فإنها **غير دالة** على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الخمس (لا يعرف القراءة والكتابة، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي) في استجابتهم على **مقياس السلوك الصحي**.

5-7. تفسير نتائج الدراسة:

توصلت نتائج الفرضية **الأولى** إلى أن مرضى السكري يتبعون السلوك الصحي لكن بشكل نسبي (متوسط)، فالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، والالتزام العلاجي يعتبر من أهم الإشكاليات في الوسط الطبي (مصلحة الطب الداخلي وبيت السكري). إذ يشتكي الأطباء من أن بعض المرضى يتأخرون عن مواعيد الفحص الطبي أو يرفضون إتباع بعض التعليمات الطبية، حيث لا يمكن لمرضى السكري أن يعتمدوا فقط على العلاج الدوائي
(الأنسولين أو الحبوب)، وان هناك بعض الشروط الواجب إتباعها ليكون العلاج فعالا والمتمثلة في المواظبة على حضور حصص الفحص الطبي، الالتزام بتناول الأدوية حسب الوصفة الطبية، الالتزام بالحمية الغذائية والالتزام بإجراء التحاليل الطبية في وقتها. وفي حال تطبيق كل هذه الشروط والاستجابة لها فانه يمكن القول ان مريض السكري يتبنى السلوك الصحي المناسب ، هذا وقد أكدت العديد من الدراسات (**Petterson et Kaplan**,**1993** ,**Schlenk et Jacob**,**2000** ,**Turk et al**,**1991**) أن المرضى الذين يعانون من عضوية مزمنة لا يمتثلون للتعليمات الطبية بصفة جيدة وقد تصل نسبتهم من 20٪ إلى 80٪ (**دليلة زناد، 2008**: **468**).

ومن القيود أيضا المفروضة على مريض السكري والتي تمثل مواقف ضاغطة هى القيود الخاصة بنظام التغذية والتي ينتج عنها نمو مشاعر الخوف والقلق تجاه الأطعمة والميل إلى المقاومة بسبب تناول مريض السكري نمطا نوعيا ومتكررا من الأطعمة (**فتحى عبد الرحيم ،1987**: **427**)

وتوصلت نتائج الدراسة أيضا إلى **وجود فروق دالة إحصائيا** في السلوك الصحي حسب الجنس (أي بين الإناث والذكور) وذلك لصالح الإناث، وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه بعض الدراسات كدراسة (Keogh,2008) التي توصلت أن النساء أكثر إتباعا للسلوك الصحي من الرجال (Keogh,2008 :04). كما تتفق نتائج دراسة (Greenspan et al,2006) ودراسة (Hallin,2005) ودراسة (Mogil,Bailey,2010) التي توصلت الي إن السلوك الصحي لدى الإناث أكثر دقة من الذكور وتختلف هذه التعبيرات حسب العوامل الثقافية-الاجتماعية والنفسية .

كما تتفق ونتيجة البحث دراسة (Brand,1993) و (waldron 1995 إلى أن الإناث كن أكثر التزاما بالسلوكات الصحية. و إن النساء اقل ميلا إلى السلوكات الخطرة من الرجال وهو ما يفسر ارتفاع نسبة الوفيات لدى الذكور مقارنة بالنساء، والإصرار على استعمال وسائل ومصالح الرعاية الصحية من طرف النساء أكثر من الرجال.

وتتفق مع دراسة أخرى لواردل وآخرين (Wardle et al, 1997) التي توصل من خلالها الى وجود ارتباطات دالة بين السلوك الصحي والجنس وذلك لصالح الاناث (.Taylor,2003:546)

تشير البحوث(Verbrugge,1982; Hibbard, 1983; Kandrack, 1991; Verbrugge, 1985; Sharpe,1991; Green, 1990) إلى أن الرجال والنساء لديهم مواقف وسلوكيات مختلفة ذات صلة بالرعاية الصحية. كما توصلت أيضا احدي الدراسات الي أن للرجال والنساء اتجاهات مختلفة نحو المرض فالنساء أكثر حساسية للأمراض ، وأكثر قدرة على الأرجح للراحة أثناء المرض ، وأكثر استعدادا للحصول على المشورة السليمة. (Verbrugge LM , 1982). في دراسة أخرى، تبين أن للنساء اهتماما أكبر بالصحة، و أكثر إدراكا لأعراض المرض.(Hibbard JH 1991) . كما تستفيد النساء بشكل أكبر من خدمات الصحة ولديهن علاقات أكبر مع الأشخاص الذين يناقشون مشاكلهن الطبية.(Kandrack M , 1991) .كما أن النساء يصبن بأمراض أكثر من الرجال. بشكل عام ، يبدو أن النساء يبحثن عن الرعاية الصحية بشكل أكبر من الرجال. و قد تعود السبب في ذلك الي بعض هذه الاختلافات في تطور الأدوار المختلفة التي كان يلعبها الرجال والنساء في السابق ضمن بنية الأسرة ، حيث إن المرأة كانت تتحمل مسؤوليات أكبر لأجل ضمان صحة و سلامة الأسرة

وقد تفسر هذه النتائج أن الذكور في البيئة العربية والبيئة الجزائرية على وجه الخصوص هم اقل تعبيرا وإفصاحا عن حملهم للمشاعر السلبية مقارنة بالإناث وبذلك هم يعبرون عنها تعبيرا جسديا من خلال مضاعفات الألم، فرغم أنهم يظهرون أمام المجتمع أكثر إدراكا لأنفسهم بأنهم أكثر تحملا للضغوط اليومية الممارسة عليهم، إلا أن هذه الضغوط تنعكس على الجانب الجسدي. كما أن الصورة الذكورية تمنع الذكر من التعبير الصريح عن آلامه وانفعالاته التزاما بالأعراف والتقاليد وحرصا على الصورة الذكورية في البيئة العربية التي تربط بين سمة الرجولة وسمة ضبط النفس والانفعالات والهدوء عكس الإناث، مما قد يشكل ضغطا إضافيا للرجل في حالة المرض فيعبر عنه على شكل ألاما

جسدية . ويجب كذلك التأكد من خلال دراسات لاحقة ما إذا كان الألم لا يعبر عن انفعالات سلبية أو يعكسها لدى الذكور والمتمثلة في القلق أو الاكتئاب.

كما توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في السلوك الصحي باختلاف مدة المرض مما يدفعنا إلى رفض فرضية الدراسة الحالية، وبذلك هي تختلف مع دراسة بورجزون (**Borjison et al,1993**) التي توصلت إلى أن المرضى المصابين بالمرض منذ فترة قصيرة أكثر مقدرة على التكيف مع مرض السكري وإتباع سلوكات صحية من المرضى المصابين منذ مدة طويلة ، وقد يتزايد الخوف من المضاعفات بطول فترة الإصابة بالمرض (**Borjison ,1993 : 768**)

ويمكن تفسير النتائج المتوصل إليها أيضا إلى ان المريض تعود على المرض والمواقف المهددة له وعلاجه بالشكل المناسب فيدفعه ذلك إلى إتباع السلوكات الصحية المناسبة ، وتسمح له من تحدي المرض لتفادي مضاعفاته رغم ورود حدوثها ، كما أن مدة المرض تجعل المريض قادرا على الاعتماد على نفسه بشكل أفضل ويقل أيضا اعتماده على المحيط. ويذكر أتالي (**Attali,2010**) أن الفرد يمكن أن يتعايش مع المرض المزمن حتى 100 سنة إذا وجد التكفل الجيد والمناسب، فالتحكم في المرض والالتزام به يساعد على العيش المناسب (**Attali, 2010 : 210**).

ويجب كذلك التركيز على أهمية العلاقة العلاجية حيث تعتمد أساسا على التعاون بين المعالج والمريض في البحث عن المعوقات الذهنية التي تعرقل مجرى السلوك العادي، وفي البحث عن مدلول الاضطراب والتفسيرات الممكنة المعطاة للاستجابات غير المتكيفة واللاعقلانية، علاوة على تحديد كيفية التخلص من المعارف السلبية . ذلك يعني أن المريض يشكل طرفا فعالا في العلاج، ويتم ذلك بتدريب المريض على اختبار صدق أفكاره أو خطئها . و بذلك يكون العلاج المعرفي السلوكي، قد وضع أساسا لمواجهة مشكلات التكيف مع المرض.

كما توصلت الدراسة الي **عدم وجود فروق في المستوي التعليمي لدى أفراد العينة**. و هذا لا يتق مع نتائج بعض الدراسات التي توصلت الي عكس نتائج الدراسة الحالية. حيث أظهرت بعض الدراسات إن المستوي التعليمي يساعد الأشخاص الأكثر تعليما أفضل في إتباع التعليمات (Goldman and Smith 2002؛ Smith 2007).

كما يمكن اكتساب هذه المهارة في المدرسة، وفي هذه الحالة، يكون إتباع الإرشادات جزءًا من تأثير التعليم المدرسي؛ و بعبارة أخري، فان الأشخاص الذين قضوا الكثير من الوقت في المدرسة لديهم ميولا أعلى للمشاركة في الأنشطة التي

تتطلب التعليمات المناسبة لحالتهم الصحية. كما قد يؤدي التعليم الإضافي إلى توسيع الشبكات الاجتماعية للأفراد، وبالتالي تحسين الوصول إلى الأطباء

(Cutler and Lleras-Muney 2010 ؛Khwaja et al. 2009

كما ارتبط التحصيل التعليمي بشكل إيجابي بالمعرفة حول تاريخ مرض السكري الخاص. أن الأفراد الأكثر تعليما من ذوي المستوى العالي يكونون أفضل في إتباع التعليمات التي يتم قياسها بعدد المبادئ التوجيهية للسكري التي يلتزم بها الشخص. و **مجمل القول** ، يؤدي التعليم الإضافي إلى تحسين في نوعية المعرفة الصحية وفي اتباع التعليمات اليومية المتعلقة بالحمية الغذائية و غيرها الملائمة لحالتهم الصحية. يتميز الأشخاص الذين يتمتعون بمزيد من التعليم الرسمي بمعرفة أفضل بتاريخهم الخاص بالسكري والعمليات الكامنة وراء مرض السكري وهم أفضل في إتباع التعليمات التي يتلقونها من الأطباء وغيرهم.(Padmaja Ayyagari, et al, 2011)

كما بينت نتائج دراسة غروسمان (1972) بأن الأفراد الأكثر تعليما قد يدركون علامات وأعراض المرض ويسعون للحصول على الرعاية الطبية بسرعة أكبر. كما، يمكن للتعليم المدرسي أن يعلِّم الأفراد كيفية الحصول على المعلومات الجديدة ومعالجتها بسرعة أكبر وبدقة أكبر (de Walque 2007).

خاتمة :

تجدر الإشارة أن الأهداف المسطرة لهذا العمل قد تحققت ، فقد تمكنت الدراسة من التوصل إلى أن مرضى السكري يتبعونا سلوكا صحيا لكن بشكل متوسط، كما توصلت إلى وجود فروق في السلوك الصحي حسب الجنس، بينما الفروق لم تكن دالة إحصائيا فيما يخص الفروق حسب مدة المرض و المستوي التعليمي لأفراد العينة.

وفي الأخير يمكن القول أن نتائج الدراسة الحالية تفتح أفاقا جديدة لبحوث مستقبلية، وفي ضوء ذلك نوصي ب:

- ✓ إجراء دراسات أخرى تشتمل على عينة أكبر من مرضى السكري إدراج متغيرات أخرى (كالفعالية الذاتية، التفاؤلية، مركز الضبط أو التحكم) وهنا تتساءل الباحثة عن إمكانية دراسة العوامل الخمس الكبرى للشخصية وعلاقتها بالتكيف الايجابي لمرض السكري.
- ✓ دراسة استراتيجيات التوافق Coping التي يعتمدها مرضى السكري في مواجهة المواقف الضاغطة
- ✓ دراسة ملامح السلوكات الصحية الحامية للصحة، أو سلوكات الخطر لدي عينات مرضية أخرى
- ✓ اختبار فعالية برامج علاجية مقترحة للتكفل بمرضى السكري.

المراجع :

1- آيت حمودة حكيمة (2006): دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية ، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي جامعة الجزائر 2.

2- بوعافية، نبيلة (2009): علاقات الشخصية بالأمراض العضوية ، مجلة دراسات نفسية وتربوية، الجزائر ، عدد 03، ديسمبر 2009.

3- تايلور، شيلي، ترجمة بريك وسام درويش وآخرون (2007): علم النفس الصحي،دار وائل للنشر والطباعة، عمان، الأردن .

4- تركي ،أمل سليمان (2005) : أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات والمصابات بالاضطرابات النفسجسمية" السيكوسوماتية"، دراسة مقارنة، دراسة ماجستير غير منشورة في علم النفس ، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

5- رضوان ،سامر جميل ، كونراد ريشكه (2001): السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة، دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان، مجلة التربية، العدد 4، جامعة دمشق، دمشق،ص ص 42-7.

6- زناد، دليلة (2013) : علم النفس الصحي، تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة ، العجز الكلوي المزمن وعلاج الهيموديياليز نموذجا ، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر.

المراجع بالأجنبية

1-Anderson RM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. Patient Educ Couns. 2005;57:153–7. [PubMed

2-- Baqué. MF (2002) : la prise en charge psychologique de la maladie chronique : aider les malades a faire face ; revu des maladies respiratoire vol 19 ; n1, fév. 2002, pp 35-37, UFR de psychologie, université de Charles de gaule, lille3, France.

3-Bruchon shweitzer.M (2002) : psychologie de la santé : Modèles, Concepts et Méthodes, édition DUNOD, Paris.

4-Cutler DM, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviors by education. Journal of Health Economics. 2010;29(1):1–28. [PMC free article] [PubMed]

5-de Walque D. How does the impact of an hiv/aids information campaign vary with educational attainment? Evidence from rural uganda. Journal of Development Economics. 2007b;84(2):686–714.

6-Goldman DP, Smith JP. Can patient self-management help explain the ses health gradient? Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2002;99(16):10929–10934. [PMC free article] [PubMed]
7-Green KE. Common illness and self-care. J Community Health1990;15:329-38
8- Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. The journal of political economy. 1972;80(2):223–255.
9-Hibbard JH, Pope CR. Gender roles illness orientation and use of medical services. Soc Sci Med 1983; 17:129-37
10-Kandrack M, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. Soc Sci Med 1991; 32:579-90
11-Khwaja A, Sloan F, Wang Y. Do smokers value their health and longevity less? Journal of Law & Economics. 2009;52(1):171–196.
12-Nicolucci A, Kovacs BK, Holt RI, et al. Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2): cross-national bench marking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. Diabet Med 2013;30:767–77
13-Padmaja Ayyagari, Daniel Grossman, and Frank Sloan· Education and Health: Evidence on Adults with Diabetes. Int J Health Care Finance Econ. 2011 Mar; 11(1): 35–54.
14-Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Educ Behav1974;2:328–35
15-Santiago.M (2006) : psychologie de la santé et cancer , état de la question et perspective, centre de recherche en psychologie de la santé, psychologie qualitative et critique de la santé et de l'activité, université Lausanne.
16-Sharpe PA, Clark NM, Janz NK. Differences in the impact and management of heart disease between older women and men. Women &Health 1991;17:25-43.
17-Smith JP. The impact of socioeconomic status on health over the life-course. Journal of Human Resources. 2007;42(4):739–764.
18-Stuckey HL, Mullan-Jensen CB, Reach G, et al. Personal accounts of the negative and adaptive psychosocial experiences of people with diabetes in the second Diabetes Attitudes, Wishes and Needs(DAWN2) Study. Diabetes Care2014;37:2466–74.
19-Sultan.S (2012) : psychologie de la santé, PUF, Paris
20-Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypotheses and evi-dence. J Health Soc Behav 1985;26:156-82
21-Verbrugge LM. Sex differentials in health. Public Health Rep1982; 97:417-37.